

Nacer en Chiloé: articulación de conocimientos para la atención del proceso reproductivo

To be born in Chiloé: bringing together systems of knowledge in reproductive care

Leighton Naranjo, Alejandra¹
Monsalve Treskow, Daniela²
Ibacache Burgos, Jaime³

Resumen

En el Sistema Médico Tradicional de Chiloé, la gestación y el nacimiento se abordaban en forma natural, donde la mujer, familia y comunidad se involucraban activamente y este proceso destacaba por su carácter colectivo. Con la llegada del Sistema Médico Oficial a Chiloé, se implementa una modalidad de atención que hace perder la integralidad del parto y afecta el rol activo que la mujer tenía en él. Actualmente se busca volver a un enfoque integral de atención de la gestación y parto; desde el Estado se han impulsado programas que apuntan a ello, destacando en el último año las orientaciones del Sistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo. Sin embargo, se hace necesario que estas orientaciones recojan las opiniones de las usuarias, sus parejas y familias y que al mismo tiempo tengan pertinencia cultural. El artículo recoge los principales resultados de una investigación cualitativa y cuantitativa que con este objetivo se desarrolló desde el Servicio de Salud Chiloé durante los años 2007 y 2008, abordando los procesos de gestación y parto en la red de salud pública de la Provincia de Chiloé desde la mirada tanto de las usuarias de distintas generaciones y realidades socioculturales y económicas, como de profesionales y técnicos de salud y parteras tradicionales, rescatando los elementos con los que tanto el sistema biomédico como el tradicional pueden contribuir para una construcción conjunta y pertinente de la atención de la gestación y parto en Chiloé.

Palabras clave: Parto Humanizado, Salud Colectiva, Sistemas Médicos, Sistema Chile Crece Contigo.

Abstract

In Chiloé's Traditional Medical System, pregnancy and birth were conceived as natural processes, where woman, family and community were actively involved in what was seen as a collective activity. On the other hand, the arrival of the Official Medical System on Chiloé has meant a loss of the inclusive nature of giving birth and the active role of the woman in it. At the present time, there is an attempt to bring back a more integrated form of care during pregnancy and birthing. The State has initiated programmes of this kind, notably during the last year, with guidelines promoted by the *Sistema de Protección a la Infancia: Chile Crece Contigo* (System of Infant Protection: Chile Grows with You). Nevertheless, these initiatives should

Recibido el 10 de julio de 2008. Aceptado el 04 de septiembre de 2008

1 Antropóloga. Unidad de Salud Colectiva, Servicio de Salud Chiloé. Blanco 324, of. 501. Castro. Correspondencia a: alejandra.leighton@redsalud.gov.cl

2 Antropóloga. Casilla 64, Castro, Correspondencia a: danielamonsalvetreskow@gmail.com

3 Médico. Unidad de Salud Colectiva, Servicio de Salud Chiloé. Blanco 324, of. 501. Castro. Correspondencia a: ibacacheburgos@gmail.com

incorporate the views of the beneficiary women, their partners, and families, and also ensure that they are culturally appropriate. This article presents the main results of a qualitative and quantitative research into local opinions about this issue, carried out in 2007-2008 in the public health networks of the Province of Chiloé by the Health Service of Chiloé. The research investigated the processes of pregnancy and birthing from the point of view of both consumers from different generations, sociocultural and socioeconomic strata, and healthcare professionals and traditional midwives. The research highlights elements likely to be considered both for the biomedical and the traditional systems, in order to contribute to a joint and appropriate care of pregnancy and childbirth in Chiloé.

Key words: *Natural Childbirth, Collective Health, Medical Systems, Sistema Chile Crece Contigo.*

I. INTRODUCCIÓN

En Chile, durante la última década, la atención de partos hospitalarios ha comenzado a ser revisada en sus procedimientos y en la forma de abordar la atención hacia la mujer y el recién nacido. La “humanización” del parto pasó a ser un concepto cada vez más usado y que da cuenta de la necesidad de volver más humana una práctica que por distintas razones, pero fundamentalmente por la excesiva biomedicalización del sistema médico imperante en nuestro país, había perdido la conexión humana, emocional y afectiva con quienes son los protagonistas de un acontecimiento tan natural como es el nacimiento de un niño o niña.

La visión de la persona como un objeto más que un sujeto, la patologización de aspectos del ciclo vital que son naturales a las personas (nacimiento, gestación, menopausia, envejecimiento), la no consideración del proceso de reproducción social de la salud y el paternalismo o asistencialismo del sistema médico oficial fueron contribuyendo a esta progresiva deshumanización.

No obstante, a partir del año 1985, luego de la Conferencia organizada por la OMS en Fortaleza, Brasil, donde se redactaron las *Recomendaciones para la Apropiaada Tecnología del Nacimiento* (1), se comienzan a impulsar a nivel internacional y nacional una serie de acciones vinculadas al parto humanizado, entre ellas el apego entre el recién nacido y su madre, el fomento a la lactancia materna y la participación del padre en el parto. El

año 1994, el hasta entonces Programa Materno y Perinatal del MINSAL se reorienta desde la atención preferente a la mujer en el ámbito reproductivo, a un enfoque de salud integral que trasciende lo reproductivo e incorpora otras dimensiones, tales como la salud mental, salud laboral y la post menopausia⁴.

Durante el año 2007, comienza a promoverse a nivel estatal el Sistema Nacional de Protección a la Infancia *Chile Crece Contigo*, que busca la equidad e igualdad de oportunidades a través de acciones intersectoriales orientadas a la primera infancia, desde la gestación hasta los 6 años. En el ámbito de la salud esto se traduce en acciones tales como el refuerzo de los controles de salud prenatal y talleres de preparación para el parto y crianza en Atención Primaria. Desde el nivel hospitalario, se impulsa el parto personalizado; la presencia del padre o un acompañante significativo en el parto y el derecho de la mujer a su intimidad; a ser informada del tratamiento a seguir; a adoptar al momento del parto la postura física que le sea más cómoda o que su cultura indique y, una vez nacido el niño o niña, se promueve el apego precoz⁵. Estas y otras orientaciones se recogen en el Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo (2).

4 Coherente con esta nueva orientación, el Programa Materno y Perinatal cambia su nombre en 1997 a Programa de la Mujer.

5 El apego precoz es definido por el MINSAL (2) como “el vínculo afectivo entre el recién nacido y la madre, que los impulsa a permanecer juntas en el espacio y en el tiempo”. En las orientaciones para el apego precoz se sugiere que éste se inicie apenas nace el bebé, colocándolo sobre el vientre materno o en sus brazos (dependiendo de la posición adoptada por ella durante el parto) y por un no tiempo no inferior a los 30 minutos.

No obstante lo anterior, todas estas políticas ministeriales carecerían de valor si fueran sólo estándares comunes a todo el país y enfatizaran más en lo cuantitativo que en lo cualitativo. Por lo demás, es necesario considerar aspectos concretos que favorecen estas orientaciones, un ejemplo de ello es que al momento de realizar la investigación, algunas maternidades de Chiloé no estaban en condiciones de realizar un apego precoz óptimo dadas las dificultades para calefaccionar la sala de parto, o bien porque el equipo, para optimizar su tiempo después de la atención del parto, optaba por acortar el apego madre-hijo para seguir cumpliendo su rutina de trabajo.

Asimismo, es fundamental que políticas públicas como esta, consideren en su diseño, variables tales como las determinantes sociales de la salud, el enfoque de género y la pertinencia cultural de las acciones que se promueven.

Se hace necesario considerar no sólo las evidencias científicas, las recomendaciones de expertos en relación a la atención del parto y los indicadores cuantitativos que permiten "mostrar" lo que se está haciendo, sino que se hace urgente también valorar la calidad de estos procedimientos y las opiniones y propuestas que sobre ellos tienen las propias usuarias y sus familias. Es importante también conocer y valorar la presencia y aporte de terapeutas comunitarios –con sus conocimientos y prácticas– que cada cultura y grupo social tenían y aún mantienen en relación a la atención del proceso reproductivo (gestación, nacimiento, crianza) y también investigar acerca de cómo la excesiva medicalización del sistema de salud oficial ha logrado que se haya perdido la concepción natural del proceso de gestación y nacimiento, provocando en las mujeres un amplio desconocimiento de las señales y capacidades de su cuerpo; la restricción de la libre expresión de sus emociones; el desconocimiento o información errónea acerca de los procedimientos a los que se verán expuestas durante el parto y de sus derechos como protagonistas del mismo; un

exagerado miedo al dolor y en consecuencia un aumento indiscriminado en nuestro país de las cesáreas, muchas de ellas solicitadas por las propias mujeres para evitar el dolor del parto o programar mejor su tiempo⁶.

Para recoger las opiniones de estos distintos actores, desde la Unidad de Salud Colectiva del Servicio de Salud Chiloé, conformada por un equipo de trabajo interdisciplinario, se diseñó una investigación cualitativa y cuantitativa que busca tener una mirada colectiva de la atención del proceso reproductivo, tanto desde las mujeres y sus familias como desde los funcionarios de salud, con el fin de implementar acciones en la atención del proceso reproductivo que incorporen ambas visiones.

Para desarrollar esta investigación, iniciada en enero de 2007, se utilizaron un conjunto de técnicas de investigación. En lo cuantitativo, se revisó la información estadística relacionada con atención de los procesos de gestación y parto a nivel provincial y se aplicó por parte del equipo investigador una encuesta a un promedio del 7.1% (n=166) de las mujeres que se atendieron partos en los cinco hospitales de la provincia de Chiloé el año 2006⁷, con el objetivo de medir la

6 Durante el año 2006, El 42% de los partos atendidos en el Hospital de Ancud fueron cesáreas y el Hospital de Castro alcanzo un 39% de partos por cesárea (22% si sólo se analiza la información de las beneficiarias del sistema público). Los Hospitales de menor complejidad, donde no se contaba con Gineco Obstetra tienen indicadores mucho menores: 9% en el Hospital de Achao, 1% en el de Quellón y el Hospital de Queilen no registró cesáreas. Las orientaciones de atención indican que estos hospitales deben derivar los casos de mayor riesgo al Hospital de Castro, lo que explica en parte los porcentajes alcanzados tanto por los hospitales de baja complejidad como por el H. de Castro. En las Recomendaciones de la OMS en Fortaleza (1985), se indica al respecto que "Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10% de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15%".

7 La clasificación de hospitales se realiza de acuerdo a su cobertura y complejidad, desde el más complejo, tipo 1, al tipo 4, que se orienta principalmente a acciones de atención primaria y medicina general. La red hospitalaria de Chiloé está conformada por un Hospital tipo 2 (Castro) y un Hospital tipo 3 (Ancud), que atendieron el año 2006 un 64% y 27% respectivamente de los partos de la Provincia de Chiloé; ambos establecimientos cuentan con Servicio de Maternidad y con especialistas Gineco

satisfacción usuaria con respecto a los controles de embarazo y la atención del parto y recoger sugerencias en relación a cómo les gustaría que fuese la atención recibida en los establecimientos de salud durante estas etapas. Esta encuesta, si bien es eminentemente cuantitativa, incluyó igualmente preguntas abiertas, que permitieron obtener igualmente información cualitativa sobre algunos aspectos relevantes de la atención.

Cuadro 1:
Encuestas aplicadas a usuarias
por Hospital en que tuvieron su parto

Hospital	Total Partos 2006	N° Mujeres Encuestadas	% muestra
H. Castro	1.481	104	7%
H. Ancud	614	41	6.6%
H. Quellón	117	8	6.8%
H. Achao	93	10	10.7%
H. Queilen	10	3	30%
Total	2.315	166	7.1%

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado, buscando la representatividad de las encuestadas por comuna y hospital en el que tuvo su parto y velando por la presencia de las variables de residencia (urbana y rural), rango de edad y beneficiaria del sistema público/privado. De esta forma del total de mujeres encuestadas, el 69% tiene residencia urbana y el 31% rural; el 50% tiene entre 21 y 30 años, el 25% entre 31 y 40 años y el 23% entre 14 y 20 años; el 41% tiene una relación de convivencia, el 34% es casada y el 23% soltera; el 54% es dueña de casa y el 98% es beneficiaria del Sistema Público de Salud (FONASA) y el 2% del sistema privado (ISAPRE).

Obstetras y Anestelistas. El Hospital de Quellón, por su parte, es un Hospital tipo 4 que está aumentando su complejidad hacia tipo 3 y que desde el año 2007 (posterior a la fecha en que las mujeres encuestadas tuvieron su parto) ha incorporado a un médico Gineco Obstetra único y a un Anestesta, ambos por jornadas parciales. Los hospitales de Queilen y Achao son tipo 4, siendo el primero de ellos el que atiende la menor cantidad de partos (diez en 2006), dada su lejanía geográfica y baja resoluntividad. El Hospital de Achao contaba al momento de la investigación con dos médicos generales y dos matronas a cargo de la atención profesional del parto.

Asimismo, un 71% se autoadscribe⁸ como chilota, un 6% como indígena y un 23% como afuerina u otra.

En lo cualitativo, se entrevistó a parteras tradicionales y a mujeres que tuvieron a sus hijos en su casa, ayudadas por parteras o familiares, algunas de las cuales vivieron luego la experiencia de tener otros hijos en los hospitales. Con ello se buscó conocer las prácticas realizadas tradicionalmente para asistir un parto domiciliario y las acciones de autocuidado que tenían las mujeres desde la gestación; acercarnos a la concepción que posee la cultura chilota⁹ sobre el nacimiento y la muerte y el significado que tuvo para la mujer el paso desde la atención domiciliaria del parto a la atención en recintos hospitalarios. Parte de la información recogida en estas entrevistas se plasmaron en un video llamado "Abuelas Sanadoras de Chiloé", producido por los investigadores. Así también, se entrevistó a técnicos paramédicos de Atención Primaria y a funcionarios (matrona/es y gineco obstetras) de los distintos hospitales y establecimientos de atención primaria de la provincia para describir las políticas y orientaciones que ha tenido en cada Establecimiento la atención del parto. Para tener una visión de este proceso en el tiempo, se entrevistó también a un médico y a una matrona que trabajaron en el Hospital de Castro entre las décadas del '50 y '70. Se realizaron Grupos Focales con jóvenes primigestas, mujeres rurales, mujeres williche y mujeres que atendieron sus partos en modalidad de pensionado¹⁰, y así también, se incluyeron preguntas abiertas en la

8 La consulta realizada era ¿usted siente que es?: chilota, indígena (williche, mapuche, otras), afuerina, otras (chilenas, extranjeras). Se refiere por lo tanto al sentido de pertenencia cultural y no a la localización geográfica de las mujeres encuestadas.

9 La cultura chilota se ha conformado por elementos aportados tanto por las culturas originarias, en especial la huilliche, los elementos traídos por los conquistadores españoles y los del pueblo chileno, que recién en el año 1826 toma posesión del Archipiélago de Chiloé. Elementos de estas distintas vertientes se entremezclan para dar forma a la cultura chilota, mestiza y con una marcada presencia de elementos originarios.

10 Habitación individual o compartida con otra paciente a la que pueden optar las mujeres que tienen ISAPRE (sistema de salud privado) o que siendo beneficiarias del Sistema Público

encuesta para conocer las distintas miradas que ellas tienen sobre la forma más pertinente de atender un parto hospitalario.

Parte de los resultados obtenidos en esta investigación fueron presentados a los equipos de Atención Primaria y Hospitalaria en el Seminario "Nacer en Chiloé", que el entonces Depto. Provincial de Salud de Chiloé¹¹ realizó en junio de 2007. En esta actividad se produjeron interesantes debates entre los asistentes acerca de los datos presentados y la forma en que podían implementarse, tanto a nivel de control de embarazo como de atención del parto, acciones que tendieran a mejorar la calidad de la atención. Asimismo, se presentaron experiencias de atención humanizada del parto en hospitales públicos y se realizaron talleres de técnicas de preparación para el parto. A un año de esta actividad, las maternidades de los hospitales de Castro, Ancud, Quellón y Achaó han implementado diferentes acciones que contribuyen a una atención más integral del parto¹².

Nuestro marco de acción en esta investigación ha sido la Salud Colectiva, que definimos como "un conjunto de actores, conocimientos, prácticas, técnicas e ideologías que se articulan para resolver en conjunto el desequilibrio de personas, familias y comunidades en un territorio" (3). Para avanzar en esta articulación es necesario considerar y valorar todos los modelos de salud presentes en la Provincia y el aporte que cada uno de ellos hace, en ese caso, al proceso de gestación, nacimiento y crianza. En el Archipiélago de Chiloé encontramos aún concepciones, supuestos y prácticas de salud reconocibles y propias de un modelo médico

mestizo, que recoge elementos de los pueblos originarios de este territorio, de los colonizadores españoles y del pueblo chileno, constituyendo un Sistema Médico que estas vertientes y que presenta prácticas, tecnologías y terapeutas que le dan una particularidad propia que podríamos definir como "chilota".

Los resultados obtenidos a través de la investigación buscan entonces ser un aporte desde la Salud Colectiva al conocimiento y puesta en valor de las percepciones que de la gestación y parto tienen las mujeres de Chiloé, de manera que sean consideradas y/o incorporadas por los establecimientos de salud en una estrategia de adecuación de los servicios de atención del proceso reproductivo pertinente a las particularidades de la cultura local.

II. NACER EN CHILOÉ ANTES DE LA LLEGADA DEL SISTEMA BIOMÉDICO

Antes de la implementación del modelo biomédico de salud en Chiloé, las mujeres concebían la gestación como un proceso absolutamente natural, donde generalmente se tenían cuidados especiales, pero que no impedían que se continuara cumpliendo con las labores cotidianas. Tampoco existía un control del embarazo en forma rutinaria.

"Uno tenía que trabajar igual no más, uno le dice a Dios, que Dios le de la fuerza para seguir trabajando, igual uno se cuidaba para no matar a ese hijo con los trabajos muy pesados..." (4).

Igualmente el nacimiento era esperado como un acontecimiento normal y la mujer cumplía un importante rol en él y ejercía plena autoridad de su persona. La mujer que ya se encontraba en trabajo de parto, conocía el momento apropiado para pedir al marido o algún familiar que llamara a la partera o a la persona que la iba a ayudar. En caso de no contar con ayuda, era frecuente que ella se asistiera sola.

(FONASA) pagan un costo prefijado que incluye esta modalidad de habitación.

¹¹ El 1 de julio de 2008, el Depto. Provincial de Salud (DIPROS) se transforma por Decreto con Fuerza de Ley en Servicio de Salud Chiloé.

¹² Además de la motivación generada por el Seminario, han contribuido en ello también las orientaciones y recursos asignados a través del Sistema Chile Crece Contigo y, fundamentalmente, el interés y compromiso de mucha/os profesionales y técnicos que han promovido estos procesos en los Hospitales y Consultorios de Chiloé.

“Yo nunca me controlé mi embarazo, se trabajaba hasta la hora de venir, sembraba papa, hacía mi huerta, hacía todo, ningún cuidado y nunca tuve problemas, y la guagua nacía en la casa. La tuve sola... hice lo que tenía que hacer no más” (5).

El trabajo de parto era acompañado con la ingesta de aguas de hierbas, las que ayudaban a calmar los dolores de las contracciones. La mujer sólo se recostaba cuando se rompía la membrana amniótica; ese era el momento de pujar. Además, en el trabajo de parto las mujeres tenían absoluta libertad de movimiento, no existía nadie que condicionara sus movimientos y podía sobrellevar las molestias de las contracciones de la forma que para ella resultara más adecuada.

Si bien muchas mujeres tenían a sus hijos solas en sus casas, la mayor parte de ellas recibía ayuda de otra mujer que ya había tenido hijos, muchas veces sus propias madres, o bien buscaban la asistencia de una “partera”, quien por lo general vivía en la misma comunidad y desarrollaba su trabajo sin esperar compensación a cambio, aún cuando las familias retribuían sus servicios ayudándolas a realizar trabajos del campo, dándoles alimentos, animales, leña y otros productos. La partera es una especialista de salud tradicional y es reconocida por la comunidad como quien ayuda a asistir el parto y continúa apoyando en el puerperio. Sin embargo, las parteras sabían también de otros aspectos del proceso reproductivo de la mujer, como la esterilidad, el puerperio y las secuelas o complicaciones correspondientes a la gestación, parto y puerperio. Su actividad no sólo se restringía al ámbito materno, pues los cuidados de la partera se ampliaban al recién nacido e incluso a niños mayores, abarcando todo el espectro materno infantil, e incluso a personas adultas. En general, las familias que fueron ayudadas por parteras continuaban manteniendo un lazo estrecho con ellas y les inculcaban a sus hijos el respeto por esta mujer, a la que muchos llamaban “abuela” (6).

Al momento del parto, en su mayoría las mujeres optaban por tener a sus hijo/as en cuclillas o de rodillas.

La mujer debía estar de rodillas al momento del nacimiento. Se podía apoyar los brazos en un palo que se ponía en forma horizontal frente a la mujer y que se llamaba ámparo. Bajo la madre se ponían sábanas y mantas para recibir a la guagua (bebé). Bajo los pechos de la madre se le ponía una faja, como una huincha de tela, que el marido sostenía por detrás e iba moviéndola para facilitar el parto. La partera se ponía frente a la mujer para recibir a la guagua. (5)

Si se estimaba que un niño no venía en la posición adecuada para nacer, o si el trabajo de parto se estaba alargando más de la cuenta, la partera era la persona indicada para acomodar al bebé dentro del vientre materno por medio de masajes con calor y algún ungüento. Los masajes no sólo sirven para acomodar al bebé dentro del vientre, sino también ayudan al proceso del parto.

La abuelita Elba (partera) llegaba al tiro no más, si ella era nombrá, y era pacienzosa la señora. Llegaba a restregar esto (espalda) y acomodar esto (abdomen), igual que una matrona. También traía sus yerbitas pa’ calmar el dolor...’pa’ que calmes tus dolores hijita’, decía”. (Relato de mujer que tuvo partos domiciliarios). (6)

El lugar utilizado para asistir el parto era en el hogar, generalmente en el fogón, esto hacía que la familia formara parte del acontecimiento que se estaba viviendo. Cada persona presente cumplía un rol, ya sea ayudando antes o durante el proceso o acompañando a la mujer que iba a dar a luz; al respecto, una partera relata “Si tenía una hija, esa acompañaba, sino el marido ayudaba en el parto en ayudar a manejar el cuerpo de la enferma, para levantarlo y acostarlo, ese tenía la fuerza para hacerlo” (6). Además, el parto no tan sólo era un acontecimiento familiar, sino más bien se

involucraba toda comunidad “*participaba la familia, la mamá... en otros casos la vecina, la gente de la isla siempre se acompaña entre vecinos cuando se tiene una urgencia*” (6).

Elegir el fogón para la atención del parto no es casual; se relaciona estrechamente con que es en este sector de la vivienda donde está la temperatura más adecuada para este acontecimiento. El fogón era asimismo el espacio en el que se reproducía la vida cotidiana, era el lugar en el cual la familia pasaba la mayor parte del día y el fuego presente tenía además una connotación de purificación, protección e intimidad.

Asimismo, la teoría de lo caliente y lo frío está presente en todos los grupos indígenas y sectores populares no indígenas de Latinoamérica, y se refiere tanto a las enfermedades, alimentos como también a las medicinas. El estado de gestación es considerado como un estado muy caliente, por ello la mujer debe cuidarse de comer alimentos calientes o de tomar medicinas que pueden ser irritantes para ella o para el hijo en gestación. La mujer debe tratar de estar durante todo el embarazo en equilibrio tratando de consumir alimentos y bebidas consideradas frías para así contrarrestar el estado caliente en que se encuentra el cuerpo. En el momento del parto y posterior a ésta ocurre igual, la mujer no puede perder el calor que posee su cuerpo ni exponerse a cambios bruscos de temperatura, por ello debe mantenerse muy arropada para así evitar alguna enfermedad post parto.

Una de las enfermedades de las cuales debe cuidarse una mujer posterior al parto es el sobreparto, síndrome cultural¹³ que ocurre por los desequilibrios frío/caliente.

¹³El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales define el término *síndrome dependiente de la cultura (SDC)* como “patrones de comportamiento aberrante y experiencias perturbadoras, recurrentes y específicas de un lugar determinado, que pueden estar relacionados o no estarlo con una categoría diagnóstica de este manual”. Y agrega que “Algunos de estos patrones son considerados por los nativos como “enfermedades” o por lo menos como causas de sufrimiento”. Los SDC

Los dolores vienen cuando está pasada de frío la matriz... se pasa de frío el estómago cuando (la madre) no está abrigada, cuando está resfriada. Eso viene del resfrío, se resfría la matriz y ... vienen esos dolores. Tiene que abrigarse bien antes que tuvo su guagua, o después que tuvo su guagua; colocar un baño, que tome calor su estómago para que no le den esos dolores... porque si acaso tuvo a su guagua y se levantó así desabrigada, al otro día se levanta y... tiene esos dolores como de parto, porque es una matriz que quiere nacer, por esos vienen esos dolores de parto, pero eso es de frío sí” (5).

Cabe destacar que en esta concepción de desequilibrio frío/caliente presente en la cultura williche y chilota hasta hoy, existe bastante influencia española. Antes de la llegada de los conquistadores, las mujeres de los pueblos originarios se bañaban inmediatamente una vez que nacían sus hijos. Sánchez (7), en su *Historia de la Ginecología en Colombia* recoge una cita del Inca Garcilaso, que menciona que la mujer en la cultura inca “...pariendo, se iba a un arroyo o en casa se lavaba con agua fría y lavaba a su hijo y se volvía hacer las haciendas de su casa como si nunca hubiera parido”. En relación a la cultura mapuche, Sánchez menciona igualmente, a partir de las crónicas de la época, que las mujeres, “después del parto, junto con su hijo, se daban un baño y se trasladaban a su morada donde permanecían ocho días”. Estos relatos dan cuenta de que a su llegada los españoles instauraron la práctica de que las mujeres no se bañaran luego del parto, para evitar cambios de temperatura que pudieran afectar su salud, lo que ha subsistido hasta hoy con mayor o menor aceptación por parte de las mujeres.

generalmente “se limitan a sociedades específicas o a áreas culturales y son categorías diagnósticas populares localizadas, que otorgan un significado coherente a ciertos conjuntos de experiencias y observaciones (López-Ibor Aliño, 2002, DSM IV TR, p.1004).

Una vez que nacía el bebé, se tomaban ciertas medidas tanto con la madre, como con el niño o niña. Si el parto demoraba mucho, lo más probable es que el bebé naciera *sin resuello* (asfixia neonatal).

Una vez atendí a una mamá que se le estaba atrasando el parto... la guagüita estaba ahí casi sin resuello... y me acordé que a mi segundo hijo ya se le había pasado la hora y quedó ahí tiradito, y la finá de mi madrina fue al gallinero, tomó una gallina negra y le colocó el piquito de la gallina en la boca de la guagüita y en un ratito... movió sus manitos y yo me acordé en ese momento y hice lo mismo y fue sagrado, la guagüita se salvó. (Relato de partera) (5)

Si bien los indicadores de mortalidad materna y neonatal del sistema tradicional eran altos en relación a los que actualmente tiene el sistema biomédico, a diferencia de éste –que agota los esfuerzos para tener una cifra importante de nacidos vivos– los sistemas de salud tradicionales conciben la muerte como parte de la vida. Si el bebé muere en el parto, se asume que no era el momento para que el niño naciera. Independientemente del dolor que producía la muerte de un niño, las madres aceptaban esto como un hecho natural, como una posibilidad que podía darse en el caso de haber partos difíciles en que no se contaba con las herramientas y conocimientos adecuados para resolver las complicaciones. “Ella le caloraba su ropita, pero igual se murió. Estuvo tres, cuatro días viva y se murió. No tomó pecho esa guagua. Yo le daba lechecita de vaca, pero murió. No habrá estado para vivir esa guagüita” (Mujer, 65 años, Sector Pio Pio).

Si el bebé nace bien, la partera o quien estaba ayudando en el parto, debía cortar el cordón umbilical, lavar y vestir al bebé. Antes de colocarlo a mamar, se le daba un preparado de hierbas para limpiarle el estómago. La madre una vez que expulsaba la placenta debía descansar,

también le daban aguas de hierbas a tomar para limpiar el útero y se alimentaba con comidas que le permitieran recuperar las fuerzas que perdió durante el parto. Una de las comidas más recomendadas, receta que aún se transmite, es el caldo de pollo.

La placenta debía ser enterrada adecuadamente, por lo general bajo las cenizas del fogón. Las explicaciones para esta práctica son diversas, desde razones profundas como enterrarla a modo de protección para la vida futura de la madre y el niño; evitar que los hijos algún día se vayan y no vuelvan; mantener la conexión de la persona con una parte de su cuerpo, hasta otras más prácticas, como evitar dolores después del parto o que la placenta –una parte del cuerpo humano– sea comida por los perros u otros animales.

Aparte de limpiar y vestir al recién nacido, se inicia el periodo de la lactancia, el que será muy importante porque permitirá que el niño siga vinculado estrechamente con su madre. Si la leche no baja instantáneamente de los pechos de la madre, el niño tiene que succionar hasta lograr por sí solo su alimento. Tradicionalmente se ayudaba a la lactancia con infusiones de hierbas específicas para estimular la producción de leche o se usaban otras prácticas, como las compresas calientes en los pechos.

III. NACER EN CHILOÉ DESPUÉS DE LA LLEGADA DEL SISTEMA BIOMÉDICO

La atención de partos que tradicionalmente había estado en manos de la mujer y su familia, con o sin el apoyo de las parteras, comienza a cambiar progresivamente en Chiloé a partir de la década de los '50. El año 1952, con la creación del Servicio Nacional de Salud, se comienzan a establecer una serie de normativas que apoyan la institucionalización de la salud. Si bien este proceso fue efectivo en mejorar los indicadores sanitarios de la población, fue asimismo el momento en que el sistema médico oficial comenzó a hegemonizar

y desplazar a los sistemas médicos tradicionales en los territorios.

A nivel nacional, el año 1931 sólo el 33,5% de los partos de nacidos vivos habían ocurrido en hospitales, los demás nacían en sus casas, asistidos por mujeres o parteras. En 1951 esta cifra se había casi duplicado, llegando al 60,2% (8). En 1975 la atención de partos hospitalarios alcanzaba el 87,4% a nivel nacional y quince años más tarde aumentaba a un 97,8%, siendo al año 2000 de 99,7%, cifra que se mantiene hasta la fecha (9). Si bien hoy la cifra de partos institucionalizados en Chiloé alcanza el promedio nacional, dada la dispersión geográfica, los recursos de la propia cultura y el difícil acceso a los establecimientos de salud, la brecha entre la realidad del Archipiélago y el resto del país era mucho mayor durante las décadas pasadas. En la década del '40 en el archipiélago de Chiloé existían tres hospitales, que se ubicaban en las ciudades de Castro, Quellón y Achaó y que contaban cada uno con un médico; en 1958, la realidad de los mismos no era muy diferente en cantidad de profesionales¹⁴. Aún cuando en estos establecimientos se atendían partos, la cobertura era baja, ya que no existían caminos y las dificultades para salir desde las islas eran mucho mayores que en la actualidad, sin embargo igualmente se hacían esfuerzos por ampliar progresivamente esta cobertura. En el Hospital de Quellón, *"la asistencia profesional del parto pasó de 71 en 1963 a 233 en 1969 en cifras absolutas"* (10).

En el contexto antes descrito, la atención del proceso reproductivo tuvo una orientación claramente definida. A diferencia de lo ocurrido en otros países de Latinoamérica, en que el

sistema oficial aprovechó el conocimiento existente entre las parteras, capacitándolas para que desempeñaran de mejor manera este rol, en Chile las prácticas y practicantes del sistema médico tradicional fueron combatidos abiertamente por el Servicio Nacional de Salud, estableciendo directrices a los profesionales y técnicos de salud para que estas prácticas fueran desacreditadas, denunciadas y perseguidas. En muchos casos incluso, la/os terapeutas que continuaron ejerciendo su trabajo fueron detenidos por carabineros y encarcelados. Esta situación llevó a que la medicina tradicional se convirtiera en un *conocimiento escondido*, y que los terapeutas, al verse amenazados fueran abandonando el ejercicio de su práctica.

"Me tocó (atender un parto) con una señora que era bien sabia, que hacía remedios; entonces después ella dijo 'no, yo ya no voy a atender a nadie, porque si me acusan me van a llevar presa'. La gente por temor ya dejó de hacer lo que hacía" (A.H., Técnico Paramédico Posta Rural. Quinchao)

Específicamente en la atención de partos, contribuyó además a lo anterior, el que las mujeres gestantes comenzaron a ser controladas en los centros de salud y posteriormente iban a tener a sus bebés a los hospitales, con lo que progresivamente dejaron de consultar y atenderse con las parteras, lo que a su vez se vio reforzado por las estrategias que el Servicio Nacional de Salud (SNS) utilizaba para fomentar la hospitalización del parto, por ejemplo, el poner anotaciones de demérito a aquellos paramédicos que registraran partos domiciliarios en el área de acción de sus postas o ir con Carabineros a buscar a las gestantes que no querían salir a controlarse o a tener sus partos hospitalarios.

"Yo cuando entré a trabajar (año 1977) ya estaba esto de que no hubiera partos en las islas. Era el sistema del Servicio, porque después se creó el Hogar de la Madre Campesina. Uno cuantos menos partos

¹⁴En entrevista personal con la Matrona Sra. Hermy Gutiérrez, relata que a su llegada al Hospital de Castro en el año 1958, trabajaban allí sólo un médico, una matrona y varios practicantes. Se hacía atención de partos de las mujeres que se trasladaban desde los sectores rurales y desde Castro; la atención era realizada por la matrona y cuando se presentaban dificultades apoyaba el médico. Menciona igualmente que además de los partos atendían a mujeres que habían tenido sus partos en domicilio y que presentaban complicaciones posteriores, como rotura de útero.

tenía en su Isla, en su sector que le tocaba, era anotación de mérito” (J.D., Técnico Paramédico Rural. Quinchao)

Dada la forma de acción y las orientaciones del sistema médico oficial, la atención institucionalizada del parto tuvo características muy distintas al parto atendido hasta entonces en los domicilios. Comienza así el paso de la naturalización a la biomedicalización del parto. Este tránsito desde un modelo de atención a otro –si bien contribuyó a disminuir indicadores como la mortalidad materna y neonatal– significó para muchas mujeres un fuerte impacto sociocultural¹⁵. Desde soportar la vergüenza de exponerse desnudas ante un equipo de salud (lo que era aún más complicado cuando el matrn o médico era hombre); tener que parir en posición horizontal; sentir que no se respetaban e incluso se censuraban prácticas que se habían venido transmitiendo de generación en generación, como el resguardo del calor y la intimidad durante el parto, el uso de hierbas tanto para facilitar el parto y la posterior “limpieza de la matriz”, como para limpiar el estómago de los recién nacidos, el acompañamiento de la familia, entre otras. En el video “Abuelas Sanadoras de Chiloé”, se recoge el testimonio de una mujer que luego de diez partos domiciliarios fue a tener a su última hija al hospital. El relato grafica claramente el impacto generado entre muchas mujeres que fueron parte de esta transición (subrayados de los autores):

“(cuando tuve a mi hija en el hospital) me costó más, no llegaba a salir parece, sería... no sé, sería la vergüenza mía, no sé, me asusté... El auxiliar me puso el codo aquí (parte alta del estómago). Ay! dije yo, aquí me muero... porque en mi casa nadie me lo

hacía eso. La matrona abajo. Me amarraron una pata pa’ca, la otra pa’llá. Cuando me lo habrían hecho, si yo todos mis hijos no los tuve así. Ay, pa’ qué habré venido. Bueno, Dios no más verá si voy a vivir o no... Cuando nació ella yo ya no estaba en este mundo, se me perdió la luz. Un rato después reaccioné”. (Mujer, 50 años. Isla Meulin)

Actualmente esto ha cambiado; casi la totalidad de las mujeres optan por atenderse el parto en un hospital, incluso el acercamiento al sistema médico oficial comienza en la mayor parte de los casos desde las primeras semanas de gestación.

En la provincia de Chiloé, según la investigación realizada, el 74,6% de las mujeres encuestadas comenzó a controlarse antes de las 14 semanas de gestación, 24,6% lo hizo posterior a las 14 semanas y sólo el 0,6% (una mujer) no se controló el embarazo. El control del embarazo ha sido parte de la estrategia del sistema médico oficial para mantener los indicadores de salud de la población; sin embargo, la adherencia a estos controles en general es alta no sólo por el control del curso del embarazo y la entrega de alimentación complementaria a las madres, sino también porque ellas mismas reconocen que su motivación para asistir a estos controles es el interés por saber cómo evoluciona su hijo.

Yo creo que tiene mucha importancia el control de embarazo, porque a usted la van controlando, la van pesando, ven cómo evoluciona su embarazo, ven cómo está su guagua, si viene bien, si viene mal; la leche que a uno le dan. Todo eso yo creo que es importante, y tiene que crecer, tiene que venir bien” (48 años, Rilán).

¹⁵La percepción de este proceso es muy distinta para los actores involucrados. En entrevista con el Dr. Carlos Yurac, Médico Ginecólogo que trabajó en el Hospital de Castro a fines de la década del '60 y principios del '70, mencionaba que las mujeres optaban voluntariamente por tener sus hijos en el hospital, por la confianza que éste les daba; por su parte, varias mujeres nos relataron las dificultades a las que se vieron enfrentadas al tener que atender sus partos en los hospitales.

Asimismo, es destacable que cada vez es más común que se incorporen al control de embarazo las parejas de las mujeres, lo que ha permitido que ellos se sientan parte del proceso, “... *me gustaba escuchar los latidos, saber que iba creciendo bien... que sintiera mi pareja que no estaba sola*”

(Hombre. 27 años, Castro). La asistencia de los varones a los controles de embarazo es más frecuente en los padres más jóvenes, sin embargo del total de las mujeres encuestadas, sólo un 25% afirmó que su pareja la acompañó siempre a los controles de embarazo. Del 75% restante, que asistió a veces o nunca, la gran mayoría (70%) tuvo como razón para ello la incompatibilidad del horario de atención con su horario de trabajo. Para resolver este problema, muchas parejas optan por acceder permanente u ocasionalmente a consultas particulares, que por su horario permiten la participación del padre. Otra situación detectada en la investigación es el que muchos hombres acompañaban a sus parejas a los controles, pero por timidez, temor o “porque no me llamaron”, permanecen en la sala de espera mientras ellas se controlan.

Desde el año 1998 se permite que el padre pueda entrar al momento del nacimiento (etapa expulsiva), y en los últimos años, ya ha podido incorporarse mientras la mujer está en trabajo de parto. En los Hospitales de Chiloé, durante el año 2006, un promedio del 45% de las mujeres que dieron a luz estuvieron acompañadas durante el parto, en su gran mayoría por el padre del bebé. No se dispone de registros hospitalarios de acompañamiento en el pre parto, sin embargo, de acuerdo a los resultados de la investigación, un 43% de las mujeres encuestadas dijo haber estado acompañada en esta etapa. Para el acompañamiento en el trabajo de parto, a diferencia del acompañamiento en el parto, no existe una norma institucional explícita; el equipo de salud lo permite cuando se dan condiciones que no atentan contra la privacidad de otras mujeres, lo que por lo general es más viable en hospitales pequeños.

Es importante señalar que la posibilidad de la participación del padre del bebé tanto en el trabajo de parto como en el parto, se encuentra condicionada por varios factores. El primero de ellos es la posibilidad de estar presente en el parto sólo cuando las condiciones labores

y geográficas lo permiten; otros factores son el tipo de parto y la modalidad de atención del mismo. Los partos por cesárea en mujeres que se encuentran hospitalizadas en sala común (FONASA A y B, los tramos de beneficiarias del Sistema Público de menores ingresos) en general no permiten la presencia del padre en el parto, lo que no se da en el caso de las cesáreas de mujeres hospitalizadas en pensionado (FONASA C y D e ISAPRE), donde a los padres no se les restringe el acceso al parto. Esta situación es incómoda tanto para las mujeres encuestadas que se atendieron en pensionado como para las de sala común. Las primeras reconocen en esta medida una actitud discriminatoria por razones socioeconómicas; las de sala común –aun cuando no comparten la medida– asumen que es parte de las condiciones por recibir una atención ‘gratuita’. *“Mi marido no pudo entrar al parto porque era cesárea de sala común, y a esas nunca dejan pasar. Las de pensionado sí, supongo que porque ellos pagan tienen todo derecho, pero como uno no paga, no tiene derecho a ciertas cosas”* (Mujer, 33 años, Sector Rilán). Todas estas situaciones dan cuenta de la necesidad de una mirada de género, que considere especialmente la situación de los hombres para fomentar y contribuir a su participación en este proceso.

Al preguntar si es importante o no la compañía de la pareja, algún familiar o amigo durante el parto, el 81% de las mujeres encuestadas señala que sí es importante, el 14% no le otorga importancia y el 4% se mostró indiferente. Las mujeres que consideran importante el acompañamiento señalan como razón principal, el que les da una mayor seguridad; en segundo término, que ayuda a superar los miedos; que permite que el padre se involucre en el parto (“es algo de los dos”). Las razones dadas por las mujeres son muy relevantes, ya que está demostrado que el acompañamiento reduce los temores y ansiedad en las mujeres propiciando un parto más favorable. Una mujer que tuvo a su primer hijo en un hospital de baja complejidad –acompañada de toda su familia– y el segundo en un hospital más

complejo, sin la compañía de su pareja debido a que la distancia no le permitió llegar, hacía una comparación *“en el primer parto no supe de dolor o no, porque estaba tan acompañada que no tuve miedo... en el segundo parto sí sentí mucho dolor”* (Mujer 29 años, Sector Pio Pio). Es interesante destacar que algunas de las mujeres encuestadas señalaron como razón para el acompañamiento, la posibilidad de contar con “testigos” ante un posible maltrato o negligencia médica. *“Porque así alguien ve lo que pasa, sino hacen lo que quieren con una”* (Mujer, 22 años, Quemchi). Las que prefieren no estar acompañadas, dan como razón que es un momento íntimo para ellas o porque la presencia de un acompañante las pondría nerviosas.

Dado que el parto es todavía un procedimiento en el que la responsabilidad por sus resultados sigue siendo del equipo de salud, éstos profesionales continúan ejerciendo autoridad en distintas ocasiones: cuando hay que determinar qué tipo de parto practicar; al momento de realizar los procedimientos de rutina (corte de vello púbico, uso de enemas, bata maternal, etc.); al definir si el parto se inducirá o acelerará; disponer la posición de la mujer al momento del parto; la administración de anestesia; el tiempo de apego madre/ hijo; entre muchas otras decisiones que han llevado a estandarizar estos procedimientos, que paradójicamente son aceptados por la mayoría de las mujeres como parte de las reglas del juego, sin cuestionarse su capacidad de informarse, opinar, decidir o reclamar sobre varios de ellos. Las mujeres en general, pero sobre todo aquellas de menor nivel socioeconómico, ingresan al hospital y se despojan de su autoridad, entregándosela por completo al equipo de salud. Una de las razones que explican esta conducta es la falta de información que la mayor parte de ellas tiene tanto acerca de sus derechos en salud, como del proceso y procedimientos que implica la atención del parto.

Otros procedimientos habituales son el que al ingresar a la sala de preparación de parto, la usuaria deba quitarse la ropa y colocarse una

bata maternal. Esta bata muchas veces resulta incómoda porque no les permite resguardar su intimidad, *“yo no caminé porque la bata que tenía se veía todo y entra gente y a uno le ven todo. Con esa bata yo no me sentía cómoda para caminar”*. (Mujer 17 años, Sector Contuy). Se practica además el corte de vello (hasta hace unos años se realizaba el rasurado, práctica que ha sido abandonada por las maternidades) y el enema, que a través de la limpieza del intestino evitaría la posibilidad de que la madre defecara en el momento del expulsivo. Hoy en día son más los hospitales que se suman a descartar estos procedimientos de rutina, sin embargo se sigue dando la discusión sobre el tema.

- *“Se está usando el enema, aunque se está discutiendo ampliamente su beneficio, pero está súper claro que el enema se está poniendo para la nariz de la Matrona”*

- *“No es para la nariz de la Matrona, hay muchas pacientes a las que hay que darles la posibilidad de limpiar su tubo digestivo, porque para ella puede ser vergonzoso defecar en el parto... es una forma de atenderla mejor. El enema no es una agresión cuando tú lo haces con las medidas adecuadas.” (Diálogo entre Matrona y Médico Gineco Obstetra, respectivamente, de un Hospital de Chiloé).*

No obstante lo incómodos que pueden ser estos procedimientos, al consultarle a las mujeres encuestadas si hubo alguna situación o acción que les resultara molesta durante la atención del parto, el 54% respondió que no. De las 76 mujeres que dijeron haber pasado por una situación molesta, 24 mencionaron el trato; 23 otras acciones, las que se referían principalmente a sensación de abandono (equipo de salud no estaba presente cuando las mujeres lo requerían; incomodidad por el uso de perneras; demora en la atención del parto o excesivo tiempo de parto, lo que trajo consecuencias al recién nacido. Doce mujeres mencionaron que la bata entregada en el hospital les había parecido incómoda. En menor medida

se mencionaron el tacto, el enema y la amniotomía como situaciones molestas.

Ya en la etapa final del trabajo de parto la mujer generalmente está sola, sin ningún acompañante personal, y se expone a los constantes tactos que realizan la/os matrona/es para evaluar los centímetros de dilatación y –si el médico general o el obstetra lo estiman conveniente– inducir el parto. El año 2006 en el hospital de Castro, del total de partos espontáneos atendidos, el 34% fueron inducidos con oxitocina o prostaglandina.

En muchas mujeres no existe claridad acerca de si su parto fue inducido o acelerado. Al hacerles la pregunta en primer término dicen que no se les hizo inducción, pero al señalarles las formas en que es posible hacer una inducción o un aceleramiento, ellas se dan cuenta de que su parto sí fue intervenido. En general se trata de un procedimiento no siempre informado o no claramente informado. Un tipo de aceleramiento realizado comúnmente por las matronas es la amniotomía. Es muy común escuchar por parte de las mujeres encuestadas que les “rompieron la bolsa” sin haberles preguntado previamente; sólo una entrevistada mujer que fue atendida en pensionado, manifestó que “*me tuve que imponer para que no me rompieran la bolsa*” (Mujer 29 años, Sector Nercón).

Actualmente se les permite a las mujeres libertad de movimiento mientras están en trabajo de parto, salvo si son embarazos de alto riesgo en los cuales deben permanecer conectadas al monitor para asegurar el bienestar del hijo/a por nacer. La libertad de movimiento en el trabajo de parto es muy valorada por parte de las mujeres, un 91% manifiesta que sí es importante. Un 6% se manifiesta indiferente y sólo un 3% dice no estar de acuerdo, aduciendo que esto hace más doloroso el trabajo de parto. Generalmente es la matrona quien una vez que ha constatado que la mujer posee una “dilatación diez” (medida en centímetros de dilatación del cuello uterino

obtenida por apreciación a través del tacto vaginal) determina su traslado a la sala de parto.

En ocasiones, cuando las mujeres son las que manifiestan que “ya es hora”, puede que no se les tome en cuenta porque prima el criterio del profesional: “*No me atendían pronto, nació con la cara azul, la enfermera me decía que espere y eran demasiado fuertes las contracciones*” (Mujer 31 años, Castro), “*Me dejaron mucho rato sola, a mi guagüita ya se le estaba pasando la hora y nació asfixiada*” (Mujer 30 años, Achao).

Dentro de la sala de parto la mujer debe subirse a la cama de parto y adoptar la posición de litotomía (horizontal, con las piernas abiertas y apoyadas en perneras). El 60% de las mujeres encuestadas señaló que esta posición les pareció cómoda. No obstante, al consultarles si creen que podría haber una posición más cómoda, la gran mayoría responde que esta es la única posición posible o que no conocen otra. Son muy pocas las mujeres que manifiestan que probablemente exista otra posición que pudiera ser más favorable, como en cuclillas, en una piscina, sentada o bien en la misma cama en que tuvieron su trabajo de parto. Claramente, la posición de parto es otro de los aspectos en que las mujeres manejan información insuficiente para optar por una u otra posición. En general existe desconocimiento en las mujeres más jóvenes acerca de cómo daban a luz las mujeres antes de que se atendiera el parto en el hospital. Una mujer manifiesta –después de escuchar y ver a su madre explicar cómo daban antes a luz las mujeres– “*En cuclillas sería más fácil, pero más peligroso para la guagua porque se puede caer, en cambio en la camilla es más difícil, pero más seguro para la guagua*” (Mujer 38 años, Sector Rilán)

Otro de los procedimientos que ya no se hace de rutina, pero que actualmente sigue en discusión, es la episiotomía (corte en el periné que se realiza al coronar el bebé). Existen distintas posturas frente a este tema, autores plantean que los beneficios de la episiotomía serían principalmente

para prevenir los posibles desgarros, los cuales serían más difíciles de reparar que las episiotomías. Hoy en día se piensa lo contrario, y actualmente se están llevando a cabo innumerables estudios que se concentran en demostrarlo. *“Para Woolley la realización de una episiotomía no ha demostrado tener ventajas respecto del desgarro espontáneo, y su uso indiscriminado incrementa el daño perineal y, consecuentemente, la morbilidad de la mujer. Y, aunque la episiotomía reduce el riesgo de los desgarros anteriores, lo hace a expensas de una elevadísima morbilidad debido al daño posterior que origina”*. (11). Ya en el año 1985 la OMS (1) sostenía que *“No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo”*. Actualmente está ampliamente demostrado que la posición más adecuada anatómicamente para evitar los desgarros y facilitar el expulsivo es la vertical, (posición utilizada por el sistema médico tradicional) y que la posición horizontal puede resultar perjudicial si no se hace episiotomía, terminando en un desgarro complicado (2, 12, 13, 14).

En lo que respecta a la analgesia en el parto, ésta comenzó a ser una de las prestaciones del GES (Sistema de Garantías Explícitas en Salud) a partir del 1 de julio del 2007. Antes de esta fecha, la anestesia era sólo una alternativa para las mujeres que pudieran pagar esta prestación. En el estudio realizado, de las mujeres que no tenían derecho a anestesia (FONASA A y B), el 53% hubiese preferido recibirla durante el trabajo de parto y un 39% dice preferir no ser anestesiada. Entre las razones que aduce este último grupo para esa decisión están el considerar más natural un parto sin anestesia, el temor a posibles consecuencias (“quedar con parálisis”) y el poder estar totalmente consciente de su cuerpo y sentir el proceso de parto y a su hijo/a.

Además, se pudo percibir que existe una gran desinformación y creencias erróneas acerca de este tema, ya que muchas mujeres pensaban que habían recibido anestesia durante el trabajo de parto y sin embargo eran otros medicamentos

o procedimientos los que se les administraron. *“Sí, me pusieron anestesia, porque me dolía mucho. Me pusieron dos inyecciones, y una era de diazepam, con eso ya me pude dormir”* (Mujer 19 años, Chonchi). Al respecto, el equipo de salud reconoce que ocasionalmente usan placebos –con buenos resultados– para intentar calmar los dolores de las mujeres, *“Aquí se usa mucho la papaverina... y a las matronas les gusta porque a las mujeres les relaja el cuello del útero al parecer. A veces les dicen ‘te vamos a colocar una anestesia’... el resto es placebo”* (Médico Gineco Obstetra, Hospital de Chiloé).

Desde el año 1998 se comenzó a promover el apego al nacer, con el objetivo de disminuir el impacto del nacimiento para el bebé y establecer una relación afectiva temprana madre/hijo. Si analizamos los resultados entregados por el estudio, el 57% de las mujeres encuestadas responden haber tenido “apego inmediato”; al 29% sólo se lo mostraron y se lo llevaron para hacerle los procedimientos de rutina (en general se trata de partos por cesárea) y el 14% no lo vio hasta mucho tiempo después (en general partos con complicaciones en los que era necesario realizar un procedimiento de urgencia a la madre o al niño). Al preguntar a las madres cuánto tiempo duró el “apego” con su bebé, responden que –de acuerdo a su percepción subjetiva– entre 1 a 5 minutos. Ninguna señaló que el niño estuviera más de este tiempo. El apego es uno de los procedimientos de ‘humanización’ del parto más extendidos y que lleva más tiempo practicándose en los Hospitales de Chiloé. Sin embargo, cabe preguntarse si están dadas las condiciones en las Maternidades para realizar un apego efectivo en términos de tiempo, información a la madre acerca de la importancia de éste y valoración de ella acerca de su importancia y fines, rol del padre en este momento, condiciones ambientales (temperatura, luz, ritmo del equipo de salud, privacidad, comodidad de la madre, etc.). La experiencia de equipos de salud y las madres indica que aún es necesario mejorar las condiciones y disposición para lograr

que el apego cumpla realmente con los tiempos y requerimientos adecuados para ser efectivo.

Uno de los aspectos más sensibles en la atención hospitalaria del parto es el trato. Si bien el 68% de las mujeres encuestadas evaluaron favorablemente (muy buena y buena) la calidad de atención recibida durante su hospitalización, en los casos en que las mujeres tuvieron una mala experiencia ésta se recuerda toda la vida. Asimismo, llama la atención en relación a este porcentaje, el que aún cuando mayoritariamente las mujeres evalúan positivamente la calidad de atención, exista una percepción bastante extendida (basada fundamentalmente en comentarios de terceros) de que la atención en los hospitales es mala, lo que produce prejuicios y temores en las mujeres. Lo anterior lleva a las mujeres de menores recursos a enfrentar la hospitalización resignadamente (“no hay otra posibilidad”) y aquellas cuyas condiciones socioeconómicas lo permiten, optan por una atención “particular” (pensionado) o bien salen fuera de la Isla de Chiloé a atender su parto.

Otro aspecto vinculado al trato es la discriminación. Si bien los porcentajes varían bastante entre un Hospital y otro¹⁶, un 62% del total de las mujeres encuestadas dijo haber detectado actitudes discriminatorias mientras estuvieron hospitalizadas. La condición socioeconómica fue mencionada mayoritariamente como causal de discriminación (40%). Con menor frecuencia se enumeraron otras causas, como la edad (16%), el ser conocida de algún funcionario del hospital (discriminación positiva, al ser atendidas con mayor dedicación; 12%); el quejarse mucho (8%). Como señala una joven primigesta “*Mi mamá me dice ‘trata de portarte bien para que te traten bien igual, o sea, no ser tan alharaca o no gritar antes de tener a mi bebé...*” (Mujer 18 años, Sector Natri). Otros criterios de discriminación negativa detectados por las mujeres encuestadas (16%)

¹⁶Por hospital, la existencia de actitudes discriminatorias fueron mencionadas en los siguientes porcentajes por las mujeres encuestadas: Castro 72%, Achao 60%, Ancud 54% y Quellón 25%

fueron: las que tienen miedo de tener la guagua, las que no tienen compañía, las sumisas, las solteras.

Finalmente, al preguntarle a las mujeres qué es lo que más valoran en la atención del parto, mencionan en primer lugar que el hospital cuente con equipamiento adecuado; en segundo lugar el recibir un buen trato por parte del equipo de salud y en tercer lugar el que el hospital esté cercano o en la comuna de residencia. Posteriormente se menciona el que se favorezca la participación de un acompañante en el parto y como última preferencia, que se entregue anestesia durante el pre parto y parto.

IV. CONCLUSIONES

La llegada del modelo biomédico al territorio de Chiloé logra mejorar indicadores sanitarios en general y los vinculados al proceso reproductivo en particular, sin embargo por su origen cartesiano pierde la conexión con los aspectos socioespirituales y culturales de la salud local y por lo tanto niega la existencia de otras formas de entender y practicar la salud. En este contexto, el proceso reproductivo deja progresivamente de ser un fenómeno natural y colectivo, como era concebido en el modelo de salud-enfermedad-atención del sistema médico tradicional y pasa a estar condicionado por el contexto sociopolítico y cultural actual, basándose en indicadores cuantitativos de logro y en una forma de relacionarse jerarquizada, individual y paternalista.

Esta transición tuvo, entre otras consecuencias, el que la mujer pasara de tener un rol activo a uno pasivo en su proceso reproductivo. Por un lado, el equipo de salud es el que adquiere el rol activo, la autoridad en la atención del parto y en las decisiones sobre éste. El parto se realiza en su territorio y bajo sus reglas, siendo la mujer considerada como *paciente* en el proceso. Por otro lado, la propia mujer y su familia asumen este rol pasivo, entregándose al equipo de salud

y poniendo en ellos las decisiones, aceptando las condiciones que se les imponen; no planteando sus dudas, aprehensiones o molestias frente a determinadas situaciones. La mujer entonces, pierde autoridad sobre su cuerpo, sobre sus sensaciones y sobre las decisiones que se deben tomar en relación a los procedimientos propios del parto.

Si bien debemos reconocer que ha habido cambios progresivos en relación a la atención del parto en las últimas décadas –participación del padre en el parto, la eliminación de rasurado púbico y del uso de enema– y a que las orientaciones de la atención de la gestación y parto a nivel nacional están tendiendo a la implementación de acciones integrales, al día de hoy la relación entre la mujer y el equipo de salud sigue estando mediada en gran parte por la forma en que históricamente se ha vinculado con un modelo hospitalario jerárquico, que desconoce otros sistemas y que muchas veces pierde humanidad.

Actualmente las mujeres no ejercen plenamente sus derechos debido a la gran desinformación que tienen tanto del proceso natural del desarrollo del parto, como acerca de los procedimientos a los que se pueden ver expuestas al momento de hospitalizarse. Un mayor conocimiento sobre estos aspectos desde la gestación (en el nivel primario de atención de salud), les permitiría tomar decisiones informadamente y plantearlas al equipo de la Maternidad en el momento adecuado. Es imprescindible que las mujeres estén en condiciones de identificar el tipo de contracciones y el momento del trabajo de parto adecuado para trasladarse al hospital; manejar información acerca de los beneficios y riesgos de la inducción y analgesia en el parto; de las diferentes posiciones de parto y los beneficios y riesgos de cada una; manejar técnicas de preparación para el parto; conocer los derechos que les corresponden como usuarias; todos aspectos que tanto las mujeres y sus familias como los equipos de salud deben considerar para hacer del parto un proceso que se desarrolle colectivamente.

Debe entenderse la humanización del parto como un enfoque que no es sólo para madre e hijo/a, sino también para el equipo de salud, que se ‘humaniza’ en torno a estos procedimientos que son trascendentes y facilitadores de su labor. Una mayor información y conocimiento por parte de las mujeres y más empatía y respeto por las usuarias de parte del equipo de salud permite una relación más horizontal, así como también contribuye a disminuir la ansiedad e incertidumbre y enfrentar el proceso de parto con mayor tranquilidad, confianza y seguridad por parte de todos los actores. Asimismo, es relevante que estos cambios se impulsen tanto desde el sector salud como desde la sociedad. Es la comunidad, las organizaciones sociales y las propias mujeres, quienes contando con la información y motivación suficiente deben exigir y promover los cambios que favorezcan una atención más integral tanto de la atención de la gestación como del nacimiento.

Volver la mirada a la mujer, la pareja, la familia, la comunidad y la forma en la que se vive desde ellos este ciclo de vida es una manera de abrir espacios de participación, recuperar en las generaciones más jóvenes la visión natural del nacimiento y establecer el necesario ‘diálogo’ entre los distintos actores y concepciones vinculadas a este proceso, de manera que el conocimiento autorizado en la atención del parto no siga siendo exclusivamente del sistema biomédico, sino que fundamentalmente de las mujeres y la comunidad, con las particularidades que ésta tendrá.

Como una manera de apoyar este proceso, como Unidad de Salud Colectiva buscamos que en Chiloé –así como debiera serlo en cada territorio del país– el modelo de atención del proceso reproductivo tenga mayor pertinencia cultural, a través de una participación real de las personas, entendida como acciones a implementar que consideren particularidades culturales locales, prácticas, concepciones de cuerpo y otras que contribuyan a acercar el modelo a las personas.

De acuerdo a la investigación realizada, existen distintos elementos posibles de considerar o incorporar en las acciones de atención del proceso reproductivo, tales como el respeto por las concepciones de desequilibrio frío-caliente; la incorporación de prácticas como la “alimentación sustanciosa” luego del parto y el uso de hierbas a tomar por el recién nacido para ‘limpiar el estomago’; el permitir la elección de la postura en que la mujer prefiere tener su parto –tradicionalmente en cuclillas–; el resguardo de la intimidad de las mujeres, a través de evitar prácticas como los tactos innecesarios y por varias personas, el uso de batas abiertas, los procedimientos de rutina en la sala común (lavado y controles después del parto); informar acerca de las ventajas, desventajas y riesgos de la anestesia, así como de los procedimientos alternativos de analgesia del parto; erradicar el trato discriminatorio hacia las mujeres; definir mecanismos que eviten o disminuyan el impacto que produce en las mujeres rurales el tener que abandonar sus hogares con al menos dos semanas de anticipación a la fecha de parto para esperar ese momento en una *casa de colocación*¹⁷ lejos de su hogar; establecer horarios de atención para los controles y charlas educativas y posteriormente de visita a la Maternidad que favorezcan la participación de los padres y motivarlos especialmente a participar en el proceso desde un inicio, ayudándolos a superar los temores o inseguridad que muchos de ellos manifiestan y que en ocasiones les impide entrar al espacio de atención.

En términos de la investigación y de los seminarios que se han realizado en Chiloé sobre el tema, destacamos el que se ha incorporado la visión antropológica del parto –lo que no había ocurrido antes en actividades de este tipo en la Provincia– abriendo a los equipos de salud a la discusión acerca de la atención tradicional del parto, el modelo actual de salud-enfermedad-atención y las percepciones de la/os usuaria/os acerca de la

atención ofrecida durante las distintas etapas del proceso reproductivo.

Por otro lado, la investigación ha contribuido a generar una estrategia real de participación (que trasciende los mecanismos formales que el MINSAL propone como participación comunitaria) en la medida que recoge las opiniones, sugerencias y percepciones de la comunidad –mujeres principalmente– en relación a la forma de abordar el proceso reproductivo y las pone a disposición de los equipos de salud para diseñar acciones con mayor pertinencia, con lo cual la gente participa y comienza a hacer nuevamente suyo un proceso que antes estuvo por completo en manos de la comunidad.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. *Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento*. Lancet 1985; 2: 436-437.
2. Ministerio de Salud (Chile). *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo*. Santiago: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública; 2008.
3. Ibacache J, Leighton A. *Estrategias Comunitarias y Autonomía Multicultural. Un Aporte Desde la Salud Colectiva*. [Monografía en Internet]. Mapu Express; 2005 [acceso agosto de 2008]. Disponible en: <http://www.mapuexpress.net/index.php?act=publications&id=87>
4. Asociación Indígena Mujeres Williche Rayen Küyen. *Entrevistas realizadas como parte de Talleres de Salud Sexual y Reproductiva*. Documento sin editar. 2006.
5. Asociación Indígena Mujeres Williche Rayen Küyen. *Nosotras las mujeres Williche de Chiloé. Nuestra Medicina, Artesanía y Alimentación Tradicional*. 2005: 38.
6. Ibacache J, Leighton A, ; Monsalvet D. *Video Documental “Abuelas Sanadoras de Chiloé”*. 2007.
7. Sánchez, F. *Historia de la Ginecología en Colombia*. [Monografía en Internet]; 1993 [acceso agosto de 2008]. Disponible en: http://encolombia.com/epoca%20pre2_ginecologia.htm

¹⁷ Casa en la que se recibe a las mujeres de sectores aislados para facilitar su acceso a la atención hospitalaria del parto.

8. Contardo, O. *Historia del Parto. Soledad Zárate: el libro que revela el lado oscuro de dar a luz en el siglo xix. Entrevista con la autora, en Suplemento Artes y Letras de El Mercurio. 17 junio 2007.*
9. Szot, J. *Reseña de la Salud Pública Materno-Infantil Chilena Durante los últimos 40 Años: 1960-2000. Rev. chil. obstet. ginecol. 2002; 67 (2): 129-135.*
10. Carvajal, Y. Calbuco, Castro, Quellón 1962-73. *Memoria y Salud en la XII Zona. Puerto Montt: SS. Llanchipal; 2007*
11. Sanz, J. *¿Episiotomías o Desgarros? [Monografía en Internet] [acceso agosto de 2008]. Disponible en: http://www.episiotomia.info/index.php?option=com_content&task=view&id=28&Itemid=9.*
12. Blázquez, M. *Nacimiento, Parto, Fisiología y Recomendaciones de la OMS. [Monografía en Internet]; 2003 [acceso agosto de 2008]. Disponible en: http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf*
13. Soto, C, Teuber L, Cabrera, C. *Educación Prenatal y su Relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. Rev. chil. obstet. ginecol. 2006; 71 (2): 98-103.*
14. Sadler, M. *Así me nacieron a Mi Hija. Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario. [Tesis para optar al Título de Antropóloga Social]. Santiago: Universidad de Chile; 2003.*